



REGISTRE COCHE
SOUS L'EGIDE DE LA COMETH

N° de centre

Observatoire de la prise en charge des épisodes coronariens aigus et de la prévention secondaire du risque cardiovasculaire par antithrombotiques chez les hémophiles

Fiche de suivi

- M 1
- M 6
- M12
- M18
- M24

Identification

Identification malade : Nom : |_|_|_|_| Prénom : |_|_|_|

Sexe : Homme Femme Age : |_|_|_| ans

Circonstances

- Le patient a déjà eu une fiche d'inclusion : Non Oui
- Si le patient n'a pas eu de fiche d'inclusion, contactez CENBIOTECH au 03 80 68 05 05 pour obtenir un cahier d'observation, ou téléchargez la sur le site de la COMETH (espace adhérent).

Cachet du médecin



Traitement antithrombotique actuel

Aucun ou arrêt, précisez les raisons de l'arrêt : _____

Aspirine, type : _____ dose : _____
 Clopidogrel : _____ dose : _____
 Prasugrel : _____ dose : _____
 Ticagrelor : _____ dose : _____
 HBPM : _____ dose : _____
 HNF : _____ dose : _____
 Fondaparinux : _____ dose : _____
 Dabigatran : _____ dose : _____
 Rivaroxaban : _____ dose : _____
 Apixaban : _____ dose : _____
 Antivitamine K : _____ dose : _____

Traitement antihémostatique suite à un évènement cardiovasculaire : (prophylaxie, à la demande)

Modifié par rapport à la sortie de l'hôpital :

Non (passer à la section suivante) Oui

Si oui : Prophylaxie

Fréquence de substitution :

| | | |
|---|--------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Bi-quotidienne | Dose : _____ | Durée : __ __ jours |
| <input type="checkbox"/> Quotidienne | Dose : _____ | Durée : __ __ jours |
| <input type="checkbox"/> Trois fois/semaine | Dose : _____ | Durée : __ __ jours |
| <input type="checkbox"/> Deux fois/semaine | Dose : _____ | Durée : __ __ jours |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____ | Dose : _____ | Durée : __ __ jours |

A la demande :

Dose : _____

Nombre d'injections par rapport à la précédente fiche remplie : |__|__|

Survenue d'un évènement hémorragique

Non Oui

Précisez la date de survenue de l'évènement : |__|__| / |__|__| / 201|__|

Si oui : Spontané

Lié a un geste interventionnel

Autre : _____

Type de saignement : _____

Prise en charge de l'évènement :

Ayant nécessité une consultation médicale

Ayant nécessité une hospitalisation

Ayant nécessité une intervention chirurgicale pour contrôle

Précisez : _____

Ayant nécessité une transfusion, nombre de Culots : |__|__|

Autres modalités de prise en charge : _____

Cet événement a-t-il entraîné une modification de son traitement antihémophilique habituel :

Non Oui

Si oui, dose de la substitution : _____

Dose totale de traitement antihémophilique pendant l'événement hémorragique : _____

Durant combien de jours : |__|__| jours

Survenue d'un événement ischémique

Non Oui

Précisez la date de survenue de l'événement : |__|__| / |__|__| / 201|__|

Si oui

Décès d'origine cardiovasculaire

Décès non cardiovasculaire

Nouvel Infarctus

AVC, précisez : AVC ischémique AIT

Revascularisation urgente

Ischémie récidivante sans IDM

Thrombose de stent (angiographique)

Autre : _____